



PARECER CREMEB Nº 05/19
(Aprovado em Sessão Plenária de 12/03/2019)

PROCESSO CONSULTA Nº 10/2018

ASSUNTO: Questões ético-legais da relação residente-preceptor e greve de residente.

RELATOR: Cons. Marcelo Sacramento Cunha

EMENTA: O médico residente e seu preceptor atuam com relação respeitosa e responsabilidade compartilhada do ato médico, observando as disposições do CEM. É garantido aos residentes o direito de suspensão de atividades, devendo ser resguardado o adequado funcionamento dos serviços essenciais.

DA CONSULTA

Em carta endereçada aos conselheiros do CREMEB, o consulente médico ressalta que o período da residência médica é um período de fundamental importância na formação do médico e para tal, necessita de supervisão, meios/estrutura para realizar a boa prática médica tendo o paciente como alvo de todo esforço e dedicação. O consulente envia questionamentos nos seguintes termos:

- 1) *Pode o residente, durante seu treinamento em serviço na condição de residente, assumir plantões de enfermaria sozinho em seu hospital de treinamento sem a presença física do preceptor?*
- 2) *Durante os referidos plantões, quando em dúvida sobre determinadas condutas em situações de urgência/emergência entramos em contato com os preceptores por telefone. Constitui-se em supervisão do residente consulta aos preceptores por telefone?*
- 3) *A responsabilidade médica do cirurgião finda quando acaba o ato cirúrgico? É ético o preceptor que operou o paciente não o acompanhar no pós-operatório internado e após alta, em ambulatório ou mesmo não fazer o pré-operatório dos doentes que irá submeter a cirurgia?*
- 4) *Sabendo que residente não é parte do corpo profissional permanente da instituição, estando em caráter de ensino sob supervisão. Qual a responsabilidade da instituição em manter um nível de atendimento adequado a sua clientela na ausência deste por motivo de doença ou mesmo greve?*
- 5) *Durante a greve os médicos residentes deste hospital devem comparecer aos plantões de enfermaria?*
- 6) *Durante a greve a evolução e prescrição dos pacientes internados ficará a cargo de quem?*
- 7) *Durante a greve a resposta a interconsultas em outras unidades abertas (enfermarias de outras especialidades) do hospital deve ser feita pelos residentes ou médico interconsultor?*
- 8) *As unidades de UTI possuem médico plantonista 24h/dia. Deve o médico residente permanecer na escala de residentes em estágio durante a greve?*
- 9) *A resposta a interconsultas em unidades fechadas (UTI) deve ser feita por residente ou pelo cirurgião responsável pelo paciente durante a greve?*



FUNDAMENTAÇÃO

O parecer consulta do CREMEB Nº 82104/01 do Cons. Raimundo dos Santos Andrade Filho, sobre o “Limite de atuação do médico residente” nos traz uma excelente revisão da Legislação que regulamenta a Residência Médica (RM). Desde os seus primórdios, dois são os aspectos fundamentais do seu caráter: treinamento em serviço e sob orientação.

O Decreto Nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 regulamenta a RM e cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e dá outras providências. Em seu Art. 1º define: “A Residência Médica constitui modalidade do ensino de pós graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.”

A Resolução CNRM Nº 04/78, que estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento da Residência Médica, prevê, em seu Art. 5º, a supervisão permanente: “Para que possa ser credenciado, o Programa de RM deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previsto...” (alínea d) “A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica...”

A legislação subsequente consolida este entendimento, em especial a Lei Nº 6.932, de 07 de Julho de 1981, que praticamente reedita o texto do Art. 1º do Decreto 80.281, já citado, apenas com a supressão do regime de dedicação exclusiva.

A Resolução CNRM Nº 04/83 determina: “Art. 3º - Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da sua carga horária sob a forma de treinamento em serviço com supervisão de médicos, com a qualificação estabelecida na alínea “d” do Art. 5º da Resolução CNRM no 04/78, destinando-se o restante da carga horária para atividades teórico práticas.”

Ao longo dos anos, o corpo legal e doutrinário referente a RM recebeu contribuições e aperfeiçoamentos; no entanto, conservando os fundamentos conceituais de treinamento em serviço sob supervisão.

A Resolução CNRM Nº 05/2002 discorre sobre critérios mínimos para credenciamento de programas de residência médica, duração, áreas básicas e especialidades. O Conselho Federal de Medicina tem se pronunciado sobre a relação entre preceptor e residente em pareceres, como o Parecer CFM Nº 13/2002 que traz a seguinte ementa: “A relação entre o médico Residente e seu preceptor deve ser respeitosa, exigindo qualidade ética e profissional do preceptor no exercício de sua atividade, que tem responsabilidade compartilhada com o residente na prática do ato médico durante o treinamento do programa de Residência Médica.”

Outro parecer desta casa Nº 140.773/07 discorre sobre a responsabilidade na relação Preceptor-Residente em outro aspecto, a divisão de responsabilidades: “Ao médico residente; enquanto aluno, lhe cabe observar e aprender; enquanto médico, lhe são impostas todas as prerrogativas da



CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

responsabilidade médica. Possuidor de um número de registro profissional, o médico-residente assume as prerrogativas legais e éticas do exercício da Medicina, da mesma forma o preceptor possui seu quinhão de responsabilidade.”

O Código de Ética Médica 2009 estabelece normas quanto ao comportamento do médico nessa relação, a saber:

Capítulo I – Princípios fundamentais:

XVI- Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a ser praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVIII- O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art.56º Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 78º Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e de zelar para que seja por eles mantido.

Sobre a atividade do Médico Residente (MR) sob a forma de plantões médicos, a Resolução CNRM Nº 04/2010, regulamenta:

Art. 1o O plantão presencial do MR sob supervisão de preceptor capacitado é a única modalidade de plantão reconhecida pela CNRM.

Art. 2o Consideram-se irregulares, no âmbito do programa de residência médica, outras modalidades de plantão, incluindo os de sobreaviso, a distância, acompanhados ou não por preceptores.

Quanto ao comportamento do médico residente à deflagração de greve da sua classe, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) em seu artigo 9º diz que: “É assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender.” e, no Parágrafo 1º “A lei definirá os serviços ou atividades essenciais e disporá sobre o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade.”

A Lei Nº 7.783, de 1989, dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, e dá outras providências, estabelecendo, no seu art. 1º: “É assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender.” E no art. 10º define a assistência médica e hospitalar como serviço ou atividade essencial e recomenda no art. 11º : “Nos serviços essenciais, os sindicatos, os empregados e os trabalhadores ficam obrigados, de comum acordo, a garantir, durante a greve, a prestação de serviços indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, estas consideradas, segundo o seu parágrafo único, aquelas que , não atendidas, coloquem em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população.”



CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Apesar da Lei Nº 6.932/81 estabelecer que a RM é modalidade de ensino, recebendo o médico uma bolsa, portanto, não havendo uma relação de emprego/trabalhador; o CEM assegura o direito do médico (e o residente é médico) de suspender suas atividades nos seguintes termos:

Princípios fundamentais:

III- Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

XV- O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XIX- O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

Direitos dos médicos:

V- Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

É vedado ao médico:

Art. 7o – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8o - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art.9o - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

O Parecer CFM Nº 20/2002, conclui que:

. O movimento de paralisação dos médicos residentes reivindicando direitos inquestionáveis é justo, não fere a ética e está respaldado pelo CEM.

. A paralisação, de acordo com o que preceitua o CEM, deve ser imediatamente comunicada ao CRM.

. As autoridades competentes serão informadas com 72h de antecedência, em virtude das adequações necessárias da instituição ou do sistema de saúde no sentido de minorar o impacto deste período junto aos pacientes.

. A deflagração de movimento paredista por médicos residentes que exercem o seu aprendizado em emergência, urgência, UTI's ou atividades afins deve obedecer o recomendado nas normas e princípios éticos, e o número de médicos que irá manter essas atividades em funcionamento, em respeito ao CEM, deverá ser calculado levando-se em consideração o universo dos residentes, salvo quando todo o corpo médico, inclusive os do quadro permanente, estiver participando do movimento paredista, situação em que o percentual de 30% deverá ser calculado sobre a totalidade dos médicos em greve.

. O sistema de saúde e as instituições mantenedoras de programas de residências médicas devem manter retaguarda adequada e suficiente para suprir as deficiências impostas por essas situações.

O Parecer CREMEC Nº 19/2001 conclui:



CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

1. O médico residente é responsável, ética e legalmente pelos atos médicos que pratica ou deixa de praticar, igualmente a qualquer outro médico.
2. O médico residente tem o direito de fazer greve, mas deve observar o disposto no CEM.
3. Durante a greve, os responsáveis pelo funcionamento mínimo dos setores essenciais são os médicos do corpo clínico permanente, do staff, com vínculo com a instituição. No entanto, todo médico tem o dever de zelar pela continuidade da assistência aos pacientes, e assim os médicos residentes em greve devem ter a diligência e a cautela de fazer a transferência formal dos pacientes sob seus cuidados para o preceptor. Os médicos residentes podem ainda contribuir com parte do seu contingente para as atividades de plantões ou de assistência aos pacientes, pelo menos provisoriamente, se entenderem que sua ausência pode ser prejudicial aos pacientes.
4. A regulamentação da RM exige a presença física do preceptor no serviço, orientando e supervisionando o residente. Contudo, se este assume, sozinho, o ato médico, em plantões ou na assistência a pacientes, é responsável pelo que fizer ou deixar de fazer.

DO PARECER

Tendo a fundamentação do assunto atualizada, este colegiado assim entende sobre os questionamentos:

- 1) **Pode o residente, durante seu treinamento em serviço na condição de residente, assumir plantões de enfermaria sozinho em seu hospital de treinamento sem a presença física do preceptor?**
- 2) **Durante os referidos plantões, quando em dúvida sobre determinadas condutas em situações de urgência/emergência entramos em contato com os preceptores por telefone. Constitui-se em supervisão do residente consulta aos preceptores por telefone?**

RESPOSTA: A relação entre o médico preceptor e o médico residente deve ser cordial, respeitosa e solidária conforme o CEM. A responsabilidade do ato médico no PRM é compartilhado. O MR deve ser supervisionado/orientado pelo corpo clínico permanente da instituição (médicos plantonistas, médicos de guarda, especialistas, etc.; portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica) conforme a complexidade da instituição, para situações eletivas ou urgentes. O PRM deve designar o médico preceptor para cada situação de atendimento. O MR que assumir sozinho o ato médico é responsável pelo ato e o médico do corpo clínico permanente que não cumprir sua escala é responsável por sua ausência. É proibido por lei o plantão não presencial do MR.

- 3) **A responsabilidade de médico do cirurgião finda quando acaba o ato cirúrgico? É ético o preceptor que operou o paciente não o acompanhar no pós-operatório intemado e após alta em ambulatório ou mesmo não fazer o pré-operatório dos doentes que irá submeter a cirurgia?**

RESPOSTA: A relação entre o médico preceptor e o médico residente deve ser cordial, respeitosa e solidária conforme o CEM. A responsabilidade do ato médico no PRM é compartilhado. Cada paciente tem um médico assistente do corpo clínico permanente e em instituições com PRM, a responsabilidade é compartilhada entre o MR e o preceptor. O preceptor deve supervisionar o MR ou executar o ato médico quando o MR não for capaz dentro da evolução do seu aprendizado. O aprendizado deve continuar em todas as etapas do atendimento de forma compartilhada, buscando a melhor forma de atendimento ao



paciente e gerando o conhecimento para o MR.

4) Sabendo que residente não é parte do corpo profissional permanente da instituição, estando em caráter de ensino sob supervisão. Qual a responsabilidade da instituição em manter um nível de atendimento adequado a sua clientela na ausência deste por motivo de doença ou mesmo greve?

RESPOSTA: A instituição deve manter o corpo clínico suficiente, no entanto, a responsabilidade da instituição não exime o médico, mesmo residente, das suas responsabilidades conforme a legislação e CEM.

5) Durante a greve os médicos residentes deste hospital devem comparecer aos plantões de enfermaria?

6) Durante a greve a evolução e prescrição dos pacientes internados ficará a encargo de quem?

7) Durante a greve a resposta a interconsultas em outras unidades abertas (enfermarias de outras especialidades) do hospital deve ser feita pelos residentes ou médico interconsultor?

8) As unidades de UTI possuem médico plantonista 24h/dia. Deve o médico residente permanecer na escala de residentes em estágio durante a greve?

9) A resposta a interconsultas em unidades fechadas (UTI) deve ser feita por residente ou pelo cirurgião responsável pelo paciente durante a greve?

RESPOSTA: O médico residente, apesar de não estar classificado como trabalhador, tem o direito de "Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina" assegurado pelo CEM. No entanto, sendo a atividade médica essencial, legislação superior garante que ela não seja interrompida e é vedado ao médico pelo CEM "Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria (art.7º); afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave (art.8º) ou deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento (art.9º)".

Desta forma, pareceres prévios de conselhos regionais e federais, apontam para que estes movimentos parciais sejam devida e antecipadamente comunicados às instituições mantenedoras para que sejam elaboradas escalas nos serviços de emergência, urgência, unidades fechadas intensivas e que sejam evitados os prejuízos de continuidade de atendimento a qualquer paciente.

Este é o parecer! Salvo Melhor juízo.

Salvador, 12 de março de 2019.

Cons. Marcelo Sacramento Cunha

RELATOR